

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 171

Contribution à la
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE
DES
Kystes Hydatiques du Rein

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FÉLIX TABAR

Ancien Externe des Hôpitaux de Grenoble

Né à Voiron (Isère), le 28 Juin 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 171

Contribution à la
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE
DES
Kystes Hydatiques du Rein

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 juillet 1901

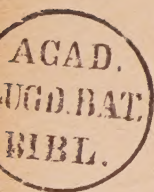
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FÉLIX TABAR

Ancien Externe des Hôpitaux de Grenoble

Né à Voiron (Isère), le 28 Juin 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. POLLOSSON (A.), Assesseur
MM. VALLAS, DURAND, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Maurice POLLOSSON

à Monsieur le Professeur agrégé Auguste POLLOSSON

à Monsieur le Professeur agrégé TIXIER

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous avons un devoir bien doux à remplir, celui d'acquitter quelques dettes de reconnaissance.

Que M. le professeur Maurice Pollosson, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir ici l'expression de notre respectueuse gratitude et nos sincères remerciements.

C'est à M. le professeur agrégé Auguste Pollosson que nous devons l'idée première et la principale observation de cette thèse ; qu'il veuille bien agréer l'hommage de tous nos remerciements pour la bienveillance et la sympathie qu'il nous a témoignées.

Nous adressons aussi nos plus vifs remerciements à M. le professeur agrégé L. Tixier qui a bien voulu s'intéresser à notre travail et en prendre la direction générale.

Nous n'aurions garde d'oublier nos anciens maîtres de l'Ecole de Grenoble et nos chefs de service qui nous ont dirigé par leurs conseils et leur science et nous sommes heureux de leur en exprimer notre profonde reconnaissance.

A tous nos camarades d'étude et à nos amis nous donnons l'assurance de notre sympathie, et les prions de croire que nous conserverons toujours d'eux le meilleur souvenir.

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Malgré la rareté des kystes hydatiques du rein et surtout, malgré la difficulté ordinaire du diagnostic, leur traitement a inspiré aux auteurs modernes, un assez grand nombre de méthodes curatives.

Ce n'est, néanmoins, qu'à une époque relativement récente que l'on s'est occupé de cette question du traitement et ce n'est que depuis l'établissement de l'antisepsie que la chirurgie a été assez hardie pour aller rechercher et ouvrir les kystes rénaux.

Les premières observations sont réunies par Choppart en 1821 dans son *traité des maladies des voies urinaires*, où il leur consacre un assez long article. Quelque temps après, Rayet se préoccupe surtout de leur pathogénie.

Après quelques travaux, notamment ceux de Davaine, de Finsen, de Neisser, il nous faut arriver à l'excellente thèse de Béraud, en 1861, pour trouver esquissé le chapitre traitement. Dans toute cette longue période aucun auteur ne s'était préoccupé de la thérapeutique des hydatides rénales.

Et c'est Boeckel qui, en 1887, a fini par donner quelque précision au manuel opératoire de l'intervention dans le cas de kyste hydatique du rein.

A ce moment, la littérature médicale enregistre petit à petit de nouveaux cas, et, après les observations de Péan dans ses cliniques et de son élève, Brodeur, dans sa thèse, après celle de Bouilly dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1886 et quelques autres en France ou à l'étranger, la question est surtout véritablement étudiée et mise au point par Le Dentu dans son *traité des affections chirurgicales des reins et des uretères*.

A partir de là, les mémoires deviennent plus nombreux et, sans entrer dans une histoire bibliographique détaillée nous en citerons les principaux.

En 1893, M. le professeur Pollosson relate une observation et y consacre un article dans le *Lyon Médical*, sous le titre de *traitement des kystes hydatiques du rein*.

En 1894, la remarquable thèse de Braillon, à laquelle nous avons emprunté quelques-uns des éléments de cet ouvrage.

Puis c'est, en 1896, P. Delbet, dans un mémoire et dans la thèse de son élève Baraduc qui décrit, sous le nom de *capitonnage* un nouveau procédé opératoire des kystes hydatiques de l'abdomen.

G. Houzel, de Boulogne-sur-Mer, résume la question et à l'aide des statistiques antérieures et aussi de ses cas personnels établit les indications des différentes opérations pratiquées jusqu'à lui. Son article dans la *Revue de Chirurgie* de 1898, nous a

été d'un grand secours et nous y avons puisé largement.

Nous n'oublierons pas de citer l'article que M. Rochet consacre au traitement des kystes hydatiques du rein, dans son manuel de *Chirurgie du rein et de l'uretère*; nous y avons, d'ailleurs, puisé, surtout au point de vue des indications opératoires.

Quelques variantes ont été proposées au procédé de Delbet, notamment, par Posadas, de Buenos-Ayres, et Borbrov, de Moscou, et, d'ailleurs, aucun procédé absolument fixe ne peut convenir à tous les kystes hydatiques du rein.

M. le professeur agrégé Auguste Pollosson nous a communiqué une observation personnelle, toute récente, où il a appliqué un nouveau procédé qui rappelle un peu celui de Posadas ou de Delbet quant à l'ablation de la membrane kystique.

Nous voyons, par ce rapide exposé, que la thérapeutique chirurgicale a relégué au second plan les moyens médicaux plus ou moins aveugles, et toujours insuffisants et, à l'heure actuelle, en présence d'un kyste hydatique du rein, nous avons le choix entre cinq ou six méthodes sanglantes, parmi lesquelles nous citerons :

1^o La *néphrectomie*, qui entraîne l'extirpation totale du rein malade.

2^o La *néphrotomie*.

3^o L'*opération de Delbet* ou les méthodes analogues telles que celle de Posadas.

4^o Le procédé de M. Pollosson dans certains cas particuliers bien définis.

Nous consacrerons un article à chacune de ces opérations, mais nous étudierons auparavant, dans un court article, les moyens médicaux et les moyens chirurgicaux de la période préantiseptique. Ils pourraient, peut-être, rendre encore quelques services dans certains cas déterminés.

Enfin nous terminerons en discutant les indications de ces divers procédés, en cherchant à montrer, par la statistique, les résultats et les chances de guérison qu'ils peuvent nous réserver.

Notre travail sera donc divisé ainsi qu'il suit :

I. — Traitements médicaux et traitements chirurgicaux de la période préantiseptique ;

II. — Néphrotomie ;

III. — Méthode de Delbet et procédés analogues ;

IV. — Néphrectomie ;

V. — Procédé de M. Auguste Pollosson ;

VI. — Discussion ;

VII. — Observations ;

VIII. — Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Traitements médicaux et chirurgicaux de la période préantiseptique

Sans parler des traitements internes (vermifuges, ou tisanes diurétiques employés par un médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1831 et un médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, en 1832, chez des malades qui rendaient des acéphalocystes par les urines), les divers procédés employés ont, en général, toujours été insuffisants et, de plus, ils ont pu, par l'incertitude du diagnostic, présenter des dangers qui, à eux seuls, suffisent à les faire condamner. Ils consistent essentiellement, outre l'électrolyse que nous ne ferons que citer, en ponctions plus ou moins totales du liquide du kyste et suivies, ou non, d'une injection de liquide modificateur.

D'une façon générale tous les traitements des kystes hydatiques ont pu être employés dans les kystes du rein.

A. PONCTION SIMPLE. — Si elle a pu donner quelques cas de guérison, les cas d'insuccès sont bien

plus fréquents ; on voit en général le liquide se reformer au bout d'un temps plus ou moins long.

D'autre part, au point de vue du diagnostic, elle doit être d'une façon générale toujours déconseillée. Les accidents auxquels elle a souvent donné lieu sont : la blessure de l'intestin et l'ouverture de la poche dans la cavité péritonéale, sans compter l'infection de la poche. De plus Olzauseu, à propos d'un cas de Martin, a soutenu que le liquide kystique pouvait donner lieu à une véritable greffe péritonéale. Il y a lieu de croire que dans ce cas la greffe a été due non au liquide, mais à l'introduction d'une vésicule fille dans le péritoine (Potherat : *Soc. de Chirurgie*).

B. PONCTION SUIVIE D'INJECTION D'UN LIQUIDE MODIFICATEUR. — Les liquides injectés n'ont pas été moins variables comme qualité et comme quantité que le volume du liquide évacué avant l'injection.

Méthode de Chassaignac Aran. — Les auteurs conseillent, après avoir vidé le kyste, d'y injecter une petite quantité de teinture d'iode.

Méthode de Hanot. — Elle consiste à évacuer totalement le contenu du kyste puis à injecter et à abandonner dans la cavité kystique 25 à 30 grammes de liqueur Van Swieten. Hanot aurait obtenu, par ce moyen 18 succès sur 19 cas de kystes hydatiques en général bien entendu.

Méthode de Debove Mesnard. — Ici, après avoir vidé le kyste, on y introduit de 100 à 500 grammes de liqueur de Van Swieten que l'on retire au bout de dix

minutes, enfin l'on termine par un lavage à l'eau bouillie. Le professeur Le Dentu, qui a également préconisé cette méthode, l'a employée avec succès dans un cas de kyste hydatique du rein.

Méthode de Baccelli. — Cet auteur se contente de retirer 20 à 25 cent. cubes de liquide et de les remplacer par la solution de sublimé.

Méthode de Chauffard, Juhel-Renoy Merklen. — Ces auteurs après la ponction, introduisent soit simplement de l'eau naphtolée, soit du benzoate, ou du peptonate de mercure.

Méthode de Berrueco (de Madrid). — Cet auteur conseille, dans les cas de kystes hydatiques à liquide clair d'évacuer le tiers du contenu de la poche ; ensuite il injecte à la place une quantité de solution de nitrate d'argent à 1 ou 5 % égale au tiers du liquide évacué. Les chlorures seraient précipités et le liquide se résorberait et pourrait même disparaître en 24 heures, par une modification spéciale du milieu.

C. AUTRES PROCÉDÉS (Méthode à ciel ouvert). — Pour éviter la dissémination du contenu de la tumeur dans le péritoine, quelques praticiens ont cherché soit à opérer d'une façon moins aveugle, soit à créer avant la ponction des adhérences entre la poche kystique et la paroi cutanée.

PONCTION RÉPÉTÉE AVEC DRAINAGE. — Elle consiste à remplacer le trocart par un drain. Elle n'a d'ailleurs été employée qu'une fois, et, par suite, de la non formation d'adhérences à la paroi, le drain tomba

dans la cavité péritonéale et le malade mourut d'infection.

Procédé de Récamier. — Pour éviter l'accident précédent, Récamier chercha, par l'application de flèches caustiques de pâte de Cancoïn, à créer de fortes adhérences entre la paroi kystique et la paroi abdominale. Mais ce résultat ne fut obtenu qu'au bout de plusieurs applications et les malades, par suite de la péritonite enkystée localisée qu'on leur provoquait, faillirent succomber à l'infection ou à la fièvre hectique consécutive à la suppuration interminable de leur fistule.

Procédés de Jobert et de Simon. — Jobert obtenait plus sûrement la formation des adhérences en laissant, après ponction, le trocart en place pendant 24 heures. Simon perfectionna le procédé en faisant deux ponctions à quelques centimètres de distance, puis, lorsque les adhérences étaient créées, il réunissait les deux trajets au bistouri. Cette méthode lui a donné deux succès.

Procédé de Bégin-Volkmann (kystotomie en deux temps). — Ce procédé sert de transition entre les méthodes de la période préantiseptique et celle de la période actuelle. Il fut employé par Bégin qui, en présence d'un kyste hydatique, incisait les parties molles jusqu'au péritoine; puis, celui-ci étant incisé sur une sonde canelée et les vaisseaux étant pincés, il établissait un pansement enduit de cérat qu'il laissait en place jusqu'à ce que le kyste ait adhéré à la plaie ainsi formée par des attaches suffisamment solides.

Après l'application de l'antisepsie, Volkmann reprit le procédé, mais à la place de compresses enduites de cérat, il employait la gaze iodoformée. Ce n'est que huit à neuf jours après cette première opération que l'on ouvrait le kyste et qu'on le drainait.

CHAPITRE II

Néphrotomie.

Sans faire de distinction entre les variantes proposées par les auteurs actuels, la néphrotomie est certainement l'opération de choix pour la cure des kystes hydatiques du rein, puisque, sur quatorze cas opérés, nous dit Houzel, elle a donné quatorze guérisons.

L'idée première n'en est pas nouvelle, puisque nous avons vu Bégin la pratiquer avant l'antisepsie; il est vrai qu'à ce moment, on la faisait en deux temps pour permettre la formation des adhérences.

C'est Péan « qui, le premier, fit, en pleine connaissance de cause, l'ouverture d'emblée du kyste rénal » (Braillon).

L'opération peut être pratiquée de diverses façons que nous allons décrire, sans rechercher, pour le moment, celle qui peut offrir le plus d'avantages.

NÉPHROTOMIE TRANSPÉRITONÉALE

Cette opération a été souvent pratiquée à la suite de laparotomies exploratrices faites dans le but d'éclaircir le diagnostic. Nous laissons la parole à Houzel, pour la description de l'opération. « L'incision se fait sur le point culminant du kyste, et on tranche couche par couche jusqu'à ce que l'on soit entré dans le péritoine. A ce moment, les aides refoulent la tumeur, afin de la faire proéminer entre les lèvres de la plaie. Le feuillet postérieur du péritoine, qui recouvre la tumeur, est incisé prudemment et les lèvres en sont repérées par des pinces à griffes. Il faut bien se rappeler que le colon coiffe le kyste ; il faut que l'incision du péritoine postérieur soit faite en dehors de lui et que cet intestin soit récliné en dedans. Une légère traction sur les pinces à griffes amène la tranche péritonéale postérieure au contact du péritoine pariétal et les deux lèvres sont soigneusement suturées au catgut ou à la soie fine, au choix de l'opérateur. La grande cavité péritonéale est ainsi isolée du champ opératoire. Il ne reste qu'à inciser largement le kyste et à le drainer, après en avoir extrait les échinocoques et l'avoir lavé. Si la poche, n'étant pas trop adhérente, peut s'amener au dehors, on en résèque le plus possible et le restant est suturé à la plaie pariétale. La poche, restant plus grande, mettrait un peu plus de temps à se combler, mais la guérison n'en serait pas moins assurée ».

La fin de l'intervention consiste à placer deux drains en canon de fusil et à faire un pansement très aseptique.

NÉPHROTOMIE PARAPÉRITONÉALE

Ici l'incision devra être menée de la onzième côte, en dehors du carré des lombes, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure sur une longueur de huit à douze centimètres. L'incision doit être proportionnée à la profondeur du kyste, car il est nécessaire d'avoir beaucoup de jour.

La dissection par couches mène dans le tissu cellulaire périrénal, car le péritoine est laissé en avant et en dehors.

Un aide refoule la tumeur en arrière et celle-ci apparaît dans les lèvres de la plaie; suivant le point d'implantation du kyste sur le rein, c'est le kyste ou le rein que l'on aperçoit. La marche à suivre est la même dans les deux cas: on incise largement, on vide le kyste, on le lave et l'on opère pour le drainage et le pansement, de la même façon que dans la néphrotomie transpéritonéale.

NÉPHROTOMIE LOMBAIRE

Cette opération diffère de la précédente en ce que le péritoine ne peut être intéressé dans l'intervention et en ce que la ligne d'incision est reportée de quelques centimètres vers la ligne médiane postérieure. Elle doit être faite au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire. Quant au choix entre

les deux voies lombaire ou parapéritonéale, il est absolument subordonné à la question de jour. L'incision devra porter dans le point qui donnera un plus large accès sur la tumeur.

« Les suites opératoires de la néphrotomie sont généralement simples et exemptes d'émotion, tout au plus est-on exposé à voir survenir l'urticaire qui accompagne l'ouverture des kystes à échinocoques en général.

« Les premiers jours, la température monte un peu sans dépasser 38°, et sans que l'état général soit gravement troublé. A partir du troisième et du quatrième jour, les drains laissent écouler un peu de sérosité louche, qui n'a pas même les caractères du pus, à condition qu'on n'ait pas péché contre l'antisepsie. »

La poche bourgeonne assez rapidement, et Houzel, à qui nous avons emprunté cette longue citation, recommande de faire des lavages quotidiens et même de badigeonner la cavité avec de la teinture d'iode. La cicatrisation sera d'autant plus longue que l'on aura moins restreint la cavité kystique au moment de l'opération. Cet inconvénient de retard de la cicatrisation de la poche est de plus aggravé par la persistance souvent interminable d'une fistule urinaire très incommode pour le malade qui peut quelquefois macérer dans son urine pendant des semaines et même des mois.

CHAPITRE III

Méthode de Delbet et méthodes analogues

Quelques chirurgiens de l'époque actuelle, voulant éviter aux malades les inconvénients de cette guérison par seconde intention, ont cherché à supprimer, dans la néphrotomie, le drainage consécutif et la fistule plus ou moins persistante qui en résulte.

C'est en partant de ce point de vue qu'ont été imaginées l'opération de Delbet et les méthodes analogues, telles que celles de Borbroy, de Posadas, de Thornton et de Billroth, ces deux dernières sont mêmes antérieures à celle de Delbet, bien que ce chirurgien crût son procédé nouveau ; nous allons décrire les deux principales : l'opération de Delbet et l'opération de Posadas.

OPÉRATION DE DELBET.

La pratique de Delbet consiste à enlever la membrane hydatique, en respectant la membrane adventice dont on opère le capitonnage, puis la fermeture.

Après avoir attiré la tumeur hors du ventre, il l'incise largement et la vide, en protégeant le péritoine avec des éponges.

« L'étendue de l'incision, dit M. Delbet, faite à la membrane adventice, est naturellement proportionnelle aux dimensions du kyste. Il se peut qu'elle soit limitée par des adhérences, mais en principe, il faut qu'elle soit large, pour permettre le nettoyage de la poche. On fait d'abord l'évacuation du liquide et les vésicules filles. Pendant ce temps, les deux lèvres de la poche adventice, incisées, sont éversées hors de la plaie abdominale, et le péritoine ne court aucun risque. Parfois, la vésicule mère se détache au niveau des lèvres de l'incision de la membrane adventice, et on peut enlever cette vésicule mère, avant d'avoir vidé complètement le kyste, avec ce qui reste de vésicules filles ; mais souvent, la vésicule mère se déchire, et on l'enlève en plusieurs fois. En tous cas, il n'y a jamais eu de difficulté de ce côté, car cette vésicule n'adhère pas à la membrane adventice.

« Quand tout est enlevé, liquide, vésicules filles et mère, il reste une poche formée par la membrane adventice. Je l'assèche soigneusement en frottant les parois avec des éponges stérilisées mais sans faire de grattage. Il est absolument inutile d'employer aucun liquide antiseptique... Lorsque la poche est asséchée, il ne reste plus qu'à supprimer sa cavité. Pour cela, je la capitonne et je la suture. Le capitonnage consiste à accoler les deux parois par des fils de catgut passés dans leur épaisseur ;

avec des aiguilles à pédale coudées et très courtes, je passe un gros catgut dans l'une des deux parois. Ce fil entre et sort par la face interne, embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que ce point d'appui soit solide. Il n'est pas nécessaire que cette épaisseur soit considérable, car la membrane adventice est résistante, quelques millimètres suffisent. En revanche, je m'applique à ce que l'aiguille chemine longuement dans la paroi même, de façon que l'orifice d'entrée et l'orifice de sortie soient éloignés de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres et même davantage. Je passe ensuite le même fil, de la même façon, au point symétrique de la paroi opposée. Les deux chefs du fil sont saisis dans des pinces. Il ne faut pas faire le nœud immédiatement, car il deviendrait alors presque impossible de passer les autres fils.

« Je place ainsi deux, trois ou quatre fils en commençant par les plus profonds, grâce au long cheminement de chaque fil dans la paroi, on arrive à supprimer la cavité d'un kyste considérable, avec un petit nombre de points. Je ne cherche pas, du reste, à obtenir une suppression totale de la cavité, ni à affronter les deux parois opposées dans toute leur étendue. Il importe assez peu qu'il reste par place quelques millimètres entre les deux parois.

« Le capitonnage terminé je ferme l'incision de la membrane adventice. Un surjet suffit pour cela, si les parois au niveau de l'incision sont assez minces pour se laisser plier, je passe le fil à la manière de Lembert. Si les parois sont rigides, je fais un surjet

ordinaire. Les points de Lembert me paraissent préférables en principe.

« Dans mes premières opérations par le capitonnage et la suture, je me suis efforcé de réséquer la plus grande étendue possible de la membrane adventice. Puis j'ai vu la rétraction, même de kystes très volumineux, se faire si complètement et si rapidement, que je considère les résections partielles comme absolument inutiles. Si la membrane est très mince au niveau où elle a été incisée, il n'y a, certes, aucun inconvénient à en enlever. Mais, pour peu que la paroi soit épaisse, qu'il existe des adhérences gênantes, il faut recourir à la résection partielle de la membrane adventice. Il est absolument inutile de détacher péniblement des adhérences qui sont toujours très vasculaires, de s'exposer, si la paroi est très épaisse, à lier des organes importants comme cela m'est arrivé pour la vésicule biliaire; il est absolument inutile de se donner la moindre peine pour faire la résection qui ne hâte pas la guérison d'un jour.

Le kyste capitonné et suturé je le réduis dans l'abdomen et je suture la paroi abdominale sans faire le moindre drainage. Le kyste n'étant nullement fixé à la paroi abdominale, il peut se rétracter librement et les organes reprennent leur fonction normale. »

MÉTHODE DE POSADAS (de Buenos-Ayres).

Dans les cas où l'on ne peut extirper complètement le kyste hydatique, c'est-à-dire toutes les fois

que le kyste fait corps avec un corps important, indispensable, Posadas se contente, comme Delbet, d'extirper la membrane germinative du kyste, ce qui suffit pour empêcher sa reproduction.

Sa méthode s'applique exclusivement aux kystes à liquide clair; pour les kystes suppurés, il emploie la marsupialisation avec drainage jusqu'à guérison de la fistule. Ce procédé s'applique à tous les kystes hydatiques, mais Posadas l'a employé lui-même pour un kyste hydatique du rein où il a obtenu une guérison (Obs. 26). L'opération comprend deux temps principaux :

1^o Le temps qui comporte la découverte de l'organe atteint et la recherche de la tumeur;

2^o Le temps qui comprend les manœuvres sur le kyste ou dans le kyste lui-même.

Une fois le kyste découvert, on le ponctionne et on le vide complètement avec le trocart; on l'ouvre ensuite largement, on le débarrasse de toutes les hydatides et l'on y fait un grand lavage d'une solution antiseptique.

Il faut alors extirper complètement la membrane germinative par énucléation ou par grattage.

Après un dernier lavage, on dessèche la cavité et on la nettoie avec des compresses sans avoir peur de frotter tortement.

La cavité est alors tapissée par la membrane fibreuse dont il faut réséquer le plus que l'on pourra. Enfin on suture les lèvres de l'incision du kyste en éversant le plus possible les bords de la tumeur,

pour diminuer le contenu de la cavité. On fera des points analogues aux points à la Lembert pour les sutures de l'intestin.

Enfin, on réduit le tout dans l'abdomen et l'on abandonne le moignon. La fin de l'intervention consiste à suturer les plans extérieurs, sans établir de drainage.

Pour Posadas, le capitonnagen'est donc pas nécessaire et, dans le seul cas de kyste hydatique du rein qu'il ait opéré d'après ce système, il a obtenu une guérison rapide.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans dire deux mots d'une opération qui a été fort peu employée : nous voulons parler de la kystectomie.

Kystectomie. — Dans cette opération, qui ne peut s'appliquer qu'aux cas où le rein a conservé non seulement ses fonctions physiologiques, mais sa forme anatomique, on enlève le kyste hydatique à la façon d'une tumeur maligne en coupant en plein tissu rénal. Ceci fait on rapproche les deux surfaces de section et on les suture à la soie fine ou au catgut; dans ces conditions le rein se retrouve, après l'opération, avec sa forme et ses connections anatomiques normales.

On comprend facilement combien peu souvent cette opération peut se faire, puisqu'elle exige l'intégrité du rein et surtout des conditions opératoires de jour et de facilité, qui sont absolument exceptionnelles.

CHAPITRE IV

Néphrectomie.

Les méthodes que nous venons de décrire sont des opérations conservatrices, nous arrivons maintenant à la néphrectomie qui doit constituer un pis-aller, puisqu'elle supprime un organe important qui somme toute, n'est pas altéré et ne souffre que par suite d'une circonstance d'origine toute mécanique : la compression par le kyste hydatique. De même que pour la néphrectomie, deux grandes voies ont été employées : la voie transpéritonéale et la voie lombaire.

La première a été suivie par J. Boeckel (de Strasbourg), qui a été le premier à appliquer la néphrectomie comme traitement des kystes hydatiques du rein.

« Pratiquée dans de bonnes conditions, dit-il, elle n'offre plus tous les dangers que l'on redoutait tant il y a quelques années, et elle est généralement suivie de résultats brillants ; le malade peut guérir en

quelques jours, lorsque la guérison se fait par première intention ».

Mais cette restriction des bonnes conditions de cet auteur se rencontre en réalité très rarement.

Et, dans son cas de guérison, très brillante et très rapide, qui indique d'ailleurs, une grande habileté de l'opérateur, nous trouvons néanmoins des conditions qui facilitaient singulièrement la besogne et qui pouvaient assez nettement les indications. Il y avait, en effet, mobilité excessive du rein et absence complète d'adhérence de la tumeur avec les organes voisins. Restreinte, somme toute, à ces conditions favorables, on ne peut donner un manuel opératoire absolument fixe à l'intervention, et nous nous contenterons de décrire, dans ses grandes lignes la méthode suivie par Boekel et suivie également par Houzel dans son cas si malheureux où il s'agissait d'un rein unique avec kyste hydatique.

Ces chirurgiens avaient choisi la voie transpéritonéale. Après incision des tissus, couche par couche jusqu'au péritoine, celui-ci est incisé et récliné de chaque côté de la tumeur, de façon à éviter l'issue du liquide kystique dans la cavité péritonéale. On vide la tumeur, puis, avec la main, on va à la recherche du rein ; on reconnaît sa position, on libère les adhérences, s'il y en a, et surtout si elles ne sont pas très importantes. Enfin, lorsque la tumeur et le rein sont bien isolés et ramenés au dehors, on lie soigneusement le pédicule vasculaire et l'uretère et on sectionne. Le moignon est réduit dans la cavité péritonéale et les divers plans suturés ; si l'opération a été

faite dans des conditions d'asepsie suffisante la réunion se fait par première intention.

La voie lombaire a été préconisée, ces derniers temps, par Albarran qui l'a suivie avec succès dans un cas récent, il est tombé sur un rein anatomiquement perdu, déformé, presque méconnaissable et absolument incapable d'aucune fonction physiologique ; comme il trouva, d'autre part, des conditions d'extirpation favorables, il fit la néphrectomie et la malade guérit. Mais ces cas sont des cas d'exception sur lesquels nous insisterons à propos de la discussion pour bien établir les indications de la néphrectomie et surtout les restreindre à leur valeur réelle.

CHAPITRE V

Procédé de M. Auguste Pollosson

Nous venons de décrire la plupart des méthodes pratiquées jusqu'à ce jour ; ce sont tout au moins des types auxquels quelques chirurgiens ont proposé des variantes et des perfectionnements opératoires, entre autres par exemple, les méthodes de Terrier et de Villard. Mais est-ce que tous les cas de kystes hydatiques du rein peuvent être opérés suivant ces procédés ? Ne peut-on se trouver dans des conditions particulières, où si l'on ne veut pas faire la néphrectomie, trop radicale, on ne peut employer ni la méthode de Delbet, ni même la simple néphrectomie ? L'observation de M. Auguste Pollosson représente justement un de ces cas.

Le diagnostic de kyste du rein étant prononcé, M. Pollosson fit la laparotomie et tomba sur une poche très volumineuse. Il vida la poche, l'ouvrit largement et procéda au nettoyage en la desséchant avec des compresses.

La poche et le péritoine étaient intimément unis, il était aussi impossible d'attirer ce dernier vers l'extérieur pour le suturer aux feuillets antérieurs, que de pratiquer le clivage externe de la portion intra-rénale du kyste.

M. Pollosson fut donc réduit à pratiquer la décortication, en commençant par la portion interne, c'est-à-dire par le fond de la poche. En opérant de cette façon, il parvint à rendre complète la décortication, non sans avoir dilacéré en partie le tissu rénal, surtout pendant les premières tentatives de clivage.

Voulant réserver au malade, les bénéfices de la conservation de son rein, M. Pollosson fut obligé de créer une voie de dégagement à l'urine qui ne devait pas tarder d'être éliminée par le rein dilacéré. C'est alors qu'il employa le procédé suivant qui lui est personnel.

Il tapissa de chaque côté, les anses intestinales et la cavité péritonéale de grandes compresses qui pénétrèrent jusqu'au rein dilacéré, en formant une espèce de tunnel ou de canal. Dans l'intérieur du conduit, il établit une mèche. Et c'est par cette mèche et ces compresses de cloisonnement, que les urines s'écoulaient pendant peu de jours, jusqu'à cicatrisation de la plaie rénale. Lorsque les urines ne s'écoulèrent plus par la plaie, on enleva les tampons, et la plaie péritonéale guérit secondairement, assez rapidement, sans que l'écoulement de l'urine ait duré plus de six jours.

Ce procédé est une application du pansement à la

Mickulicz, il exige, évidemment, une antisepsie rigoureuse, mais il peut rendre de grands services aux chirurgiens dans des cas analogues, en leur permettant de ne pas arriver à la néphrectomie, lorsque tout autre opération aura été impossible.

CHAPITRE VI

Discussion.

D'après l'exposé précédent, on voit que la thérapeutique des kystes hydatiques du rein est assez variée et, par cela même, qu'il est impossible de prendre, comme règle invariable, l'emploi de l'un ou de l'autre de ces procédés.

Nous n'insisterons pas sur les procédés médicaux.

M. Rochet classe parmi les traitements à déconseiller, la ponction simple ou suivie d'injection caustique. La ponction simple n'a donné qu'un seul cas de guérison (observ. IV) sur quatre cas connus.

La ponction, avec injection de sublimé, a été employée une seule fois, par Le Dentu, dans le traitement du kyste hydatique du rein. L'intervention a été suivie de guérison, mais, comme elle a donné quelques succès dans les kystes hydatiques du foie, elle pourrait encore, rationnellement, être employée avec succès pour le rein.

La ponction avec un gros trocart et suivie de

drainage a donné pour neuf cas six morts et seulement trois guérisons.

Les procédés analogues de Récamier et de Simon ont fourni trois morts sur cinq opérés.

Ces méthodes sont donc très infidèles, puisque sur un total de dix-neuf cas, elles n'ont donné que sept guérisons.

Elles sont d'ailleurs très dangereuses et nous avons vu qu'elles exposent, outre les dangers de l'infection ou de la dissémination du contenu kystique dans le péritoine, à la blessure de l'intestin ou des vaisseaux rénaux ou mésentériques.

Il est donc prudent de les abandonner.

A l'heure actuelle où les progrès de l'antisepsie permettent un accès facile sur la tumeur, les procédés chirurgicaux sont les seuls employés et l'on a le choix entre la néphrectomie la néphrotomie ou les opérations similaires.

Nous avons déjà vu que les indications de la néphrectomie sont excessivement restreintes. Houzel les réduit à deux, qui sont la mobilité excessive du rein et l'absence d'adhérences ; Albarran y ajoute avec raison la perte anatomique et physiologique de l'organe, indication qui doit passer évidemment avant les deux premières.

« Cependant il faut considérer que le rein n'est malade que par l'hydatide ; fût-il ratatiné, parcheminé, par la compression du kyste, ce qu'il en reste peut encore sécréter et rendre de signalés services.

Une fois les échinocoques disparus, la plaie opéra-

toire guérie, il reprend ses fonctions ; l'enlever est donc trop radical ». (Houzel).

Nous ne parlons, bien entendu, pas de la possibilité de se trouver en face d'un rein unique, comme dans le cas malheureux de Houzel (Obs. 8), et dans le cas rapporté par Kirmisson à la Société de chirurgie en 1897.

Une autre considération doit entrer en ligne de compte, c'est la voie par laquelle on aborde le rein dans la néphrectomie. Par la voie transpéritonéale la mortalité est effrayante : sur sept cas, Albarran, qui dernièrement s'est fait à nouveau le défenseur de cette opération, n'indique lui-même que deux guérisons, le cas classique de Boeckel (Obs. 6) et un cas de Knie (Obs. 7). Par la voie lombaire la mortalité baisserait considérablement et sur quatre cas opérés Albarran nous montre quatre guérisons ce qui ferait de la néphrectomie une opération de choix.

La statistique semble donc s'améliorer, mais il faut, néanmoins, réserver cette opération à des cas spéciaux, à ceux où « le kyste, très volumineux, paraît avoir envahi le rein tout entier et où le rein, libre d'adhérences périphériques, bien mobile, semble devoir être bien facilement enlevé » (Rochet).

M. le professeur Maurice Pollosson fait des conclusions analogues dans son article sur le traitement des kystes hydatiques du rein, du *Lyon Médical*, 1893. « La néphrectomie paraît avoir pour indications : tumeur devant être abordée par la voie péritonéale ; tumeur mobile, constatation d'une altération profonde du rein ».

Enfin, il est un dernier cas où elle devra être employée : c'est lorsqu'un autre procédé aura échoué, lorsque, par exemple, la poche kystique aura été infectée consécutivement à une néphrotomie, ou bien qu'à la suite de l'opération de Delbet ou de Posadas, du liquide se sera reformé dans la cavité de la tumeur.

Avant de passer à la discussion des autres procédés, nous parlerons rapidement du traitement des kystes hydatiques suppurés du rein. Il est évident que l'on ne peut leur appliquer une des méthodes de Delbet ou de Posadas. La néphrectomie ne peut leur être non plus appliquée puisqu'on tombe dans une poche purulente, où les vestiges du rein ne seront presque jamais retrouvés et où la suppuration continue pendant des mois. Une seule indication est donc à remplir : donner issue au pus au fur et à mesure de sa formation.

Une seule opération répond donc à cette indication c'est la néphrotomie, avec marsupialisation de la poche, opération qui a été préconisée par Lindeman et que tous les auteurs actuels sont d'accord à appliquer.

Abordons enfin la discussion des opérations conservatrices du rein, puisqu'il est bien entendu que la néphrectomie ne doit être qu'un pis-aller et qu'il ne faut pas supprimer un organe qui pourra encore rendre des services, surtout alors que l'on ne sait pas si l'autre rein n'est pas malade, s'il existe même.

Au point de vue de la survie, la néphrotomie est

une opération excellente, puisque tous les cas opérés ont guéri après un temps plus ou moins long, il est vrai.

Son grand inconvénient est la longueur interminable de la fistule urinaire consécutive. On voit, en effet, les malades obligés de garder, pendant des mois, un pansement infiltré d'urine et une plaie forcément en proie à la macération et aux dangers de l'infection.

C'est, ainsi que nous l'avons dit, pour supprimer cette fistule à longue échéance qu'ont été imaginées les méthodes de Delbet, de Posadas, de Borbrov, de Billroth et autres analogues.

Mais ces méthodes n'ont pas encore fait absolument leurs preuves. Nous ne trouvons que trois observations où elles aient été employées pour les kystes hydatiques du rein (deux fois la méthode de Delbet et une fois la méthode de Posadas), ces trois cas ont eu un bon résultat. Mais il peut arriver que la poche se remplisse à nouveau de liquide séro-sanguinolent, qu'elle s'infecte même, et cela sans l'intervention de quelque faute d'antisepsie. Nous trouvons dans la *Revue de Chirurgie* de 1901, un examen microscopique de liquide et de membranes de kystes hydatiques, fait par Vegas et J. Cranwell, de la République Argentine, qui démontre que l'on peut trouver des germes pathogènes aussi bien dans la membrane péri-kystique que dans le liquide lui-même, quoique clair. Ces agents peuvent donc occasionner de la suppuration, quelques précautions d'asepsie que l'on ait prises.

Dans ces cas d'infection du kyste après une première intervention, une seule ressource nous restera : la *nephrectomie tardive*, c'est-à-dire, avec elle, suppression de l'organe et dangers et inconvénients des deux opérations.

C'est donc, surtout théoriquement, que les procédés de Delbet et autres analogues sont des méthodes de choix, mais il faut bien en connaître les inconvénients; ce sont des procédés très délicats qui exigent une habileté spéciale; la région où l'on opère est très peu favorable par la profondeur de l'organe et le peu de jour que le chirurgien peut se créer.

Si donc toutes les conditions favorables ne sont pas réunies, il faudrait s'en tenir à la néphrotomie qui est une opération relativement simple et facile, et après laquelle la survie du malade est constante.

Enfin, une méthode nous présentera ces avantages de la néphrotomie, c'est le procédé de M. Pollosson, ici en effet, nous conservons le rein et nous n'avons pas à faire une opération trop minutieuse ;

Cette opération est à la limite de la chirurgie conservatrice et de la néphrectomie. Elle devra donc servir toutes les fois que, n'ayant pu pratiquer une des méthodes de choix et le rein pouvant encore remplir ses fonctions physiologiques, le chirurgien aura le devoir d'être conservateur et d'abandonner l'opération mutilante.

CHAPITRE VII

Observations

OBSERVATION I.

(Opération de Simon, guérison. Thèse de BRAILLON, Obs. LIII.)

PREMIER KYSTE HYDATIQUE DU REIN DIAGNOSTIQUÉ PENDANT LA
VIE. — OPÉRATION DE SIMON. — GUÉRISON APRÈS NEUF MOIS.
— FISTULE PERSISTANTE.

OBSERVATION II.

(Thèse de BRAILLON, Obs. LVI.)

KYSTE HYDATIQUE RÉNAL (RECONNU A L'AUTOPSIE). — PONC-
TIONS ET INJECTIONS IODÉES SANS RÉSULTAT. — OPÉRATION
DE SIMON. — MORT PAR SEPTICÉMIE (1873)

OBSERVATION III.

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXV.)

(BOISSART, *Bulletin de la Soc. anat.*, 1882.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN ET DU FOIE. — PONCTION. — OUVER-
TURE PAR LE PROCÉDÉ DE RÉCAMIER. — MORT PAR SEPTICÉMIE.

OBSERVATION IV.

(Résumée)

Houzel cite un cas de Brodbury (Observation XII *in* Bœckel) qui se rapporte au traitement par ponctions. Un enfant de 8 ans, après deux ponctions évacuatrices, finit par guérir après avoir rendu des urines purulentes pendant plusieurs mois.

OBSERVATION V.

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXII.)

(WAGNER, 1886.)

FEMME DE 51 ANS. — KYSTE HYDATIQUE DU REIN DROIT. — LAPAROTOMIE. — ABLATION DE LA TUMEUR. — MORT LE SURLENDEMAIN DANS LE COLLAPSUS.

OBSERVATION VI

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXVII.)

(J. BOECKEL, *Gaz. méd.*, Strasbourg, 1887.)

Femme 38 ans, ressentant, depuis plusieurs années, des douleurs vagues dans le ventre, s'aperçoit, pour la première fois en juillet 1885, de la présence d'une tumeur abdominale, mobile, grosse comme un poing d'enfant, siégeant sur les côtes gauches; six mois après, le volume avait augmenté notablement sans occasionner d'autre symptôme que de la gêne. Elle s'étendait alors du pubis jusque dans l'hypocondre gauche, remontait sous les côtes et dépassait de deux travers de doigt la ligne médiane; de forme ovoïde à grand diamètre vertical, elle pourrait être mobilisée très facilement et déplacée jusque dans la fosse iliaque droite; si bien que les intestins se plaçaient tantôt

au devant d'elle et tantôt la côtoyant de chaque côté; la percussion ne révélait pas la présence du colon en son lieu habituel. La fluctuation était très obscure.

La ponction exploratrice ne fut pas faite pour éviter la blessure possible de l'intestin, dont on ne connaissait pas exactement la place. Le diagnostic fut celui d'un kyste du rein, mais sans qu'on osât rien affirmer.

La laparotomie, pratiquée le 16 mars 1886, c'est-à-dire neuf mois après les premiers symptômes, permet de constater que la tumeur est rétro-péritonéale, et que le côlon descendant et une partie du côlon transverse la bordent du côté gauche et semblent y adhérer.

La poche est incisée et donne issue à un flot de liquide transparent, clair comme de l'eau de roche. La main, explorant l'abdomen, rencontre, en suivant la surface externe du kyste, un organe lisse, uni, qui est le rein se continuant, à sa partie médiane et postérieure par le hile. L'organe a donc été attiré en avant et un peu en bas par le poids de la tumeur et, de plus, il a subi un mouvement de torsion tel que son bord convexe regarde presque directement en avant et son hile en arrière. Les vaisseaux sont liés successivement, puis l'uretère, à l'aide d'une aiguille de Deschamps; on décolle les adhérences de la paroi du kyste et de la capsule du rein à la face postérieure du péritoine et la tumeur est amenée au dehors avec le rein après ligature d'une veine située à la partie inférieure de l'organe.

Suites opératoires simples. La malade, guérie, quitte la maison de santé à la fin de mai.

OBSERVATION VII

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXIX, KNIE, *St-Petersbourg*

Med. Wochenschrift, 10 septembre 1883, n° 37.)

Enfant de 4 ans. Bonne santé jusqu'en février 1888. A ce moment paraît une tumeur déterminant constipation et dyspnée intense. Le 19 juin 1886 entre à la clinique. Tumeur, surtout à gauche, lisse, fluctuante, du volume d'une tête de fœtus.

Ne suivant pas les mouvements du diaphragme, se cachant en haut sous les côtes. Diagnostic hésitant entre un kyste rénal et une hydronéphrose. 26 juin, incision de la onzième côte au liers externe du ligament de Faloppe.

Ponctions : il s'écoule un litre de liquide clair et on extrait une grande vésicule hydatique.

Dans les manœuvres de décollement, le péritoine se rompt.

L'enfant est pris de collapsus, manque de rester sur la table d'opération. Au lieu de la néphrotomie. Knie termine rapidement par la néphrectomie. Consécutivement : fistule du côlon, néanmoins guérison complète le 15 septembre 1886.

OBSERVATION VIII

(Résumée.)

HOUZEL (*Revue de Chirurgie*, 1898).

KYSTE HYDATIQUE DU REIN PRIS POUR UNE TUMEUR SOLIDE. — NÉPHRECTOMIE TRANSPÉRITONÉALE ; REIN UNIQUE. — MORT PAR URÉMIE LE 5^e JOUR.

Estelle B..., âgée de 26 ans, sans antécédents pathologiques, était accouchée en 1886.

En 1888, elle remarqua une petite grosseur dans le flanc gauche. D'abord indifférente, cette grosseur augmenta, devint douloureuse au point de lui interdire tout travail depuis la fin 1890 ; elle en éprouvait une grande gêne respiratoire et même des accès de suffocation ; le ventre mesurait 102 cent. de circonférence. La tumeur emplissait tout le flanc gauche et débordait la ligne blanche de deux travers de doigt, dure ayant la consistance d'un fibrome, sans la moindre apparence de fluctuation, d'une mobilité très obscure ; elle fut prise pour une tumeur solide du rein, et j'en pratiquai la néphrectomie transpéritonéale le 30 avril 1891.

C'était une hydatide stérile à parois épaisses, crétifiées, dont la nature kystique fut reconnue au cours de l'opération. Mais l'énucléation s'en faisant sans trop de peine, la néphrectomie fut poursuivie.

Je commençai par libérer la tumeur en haut et en dedans, puis par lier les vaisseaux afférents. En poursuivant la libération de la tumeur en bas, je rencontrai d'abord un uretère qui fut coupé entre deux ligatures, puis un second; le rein était unique; alors, au lieu d'achever la néphrectomie, j'appliquai une ligature élastique pour enlever le kyste et laisser le moignon du rein. Malheureusement, il était privé de ses connexions vasculaires, il était trop tard. L'anurie fut complète et la malade mourut d'urémie, le cinquième jour, absolument comme dans une expérience physiologique sur les animaux,

OBSERVATION IX

Bulletin de la Société de Chirurgie.— Juin 1901.

(Communication de M. TUFFIER.)

HYDRONÉPHROSE PAR KYSTE HYDATIQUE DU REIN. NÉPHRECTOMIE

Une jeune fille de 18 ans entrée dans mon service de Lariboisière, le 6 février 1900 pour une tumeur abdominale qu'elle porte depuis environ un an, mais qui ne la fait souffrir que depuis une huitaine de jours.

Elle déclare cependant qu'il y a dix ans alors qu'elle n'avait encore que 8 ans, elle avait déjà eu une tumeur dans le ventre, tumeur s'accompagnant d'une douleur tolérable (point de côté). Cette tumeur qui grossit rapidement, fut ponctionnée la même année (décembre 1890); il en serait sorti un litre et demi de liquide et on aurait porté alors le diagnostic de kyste hydatique du foie; alors la tumeur ne reparut plus qu'il y a un an.

A l'inspection, on constate l'existence d'une tumeur arrondie faisant saillie à droite de l'ombilic et à la palpation que cette tumeur remplit complètement le flanc gauche, s'étendant du foie à la fosse iliaque correspondante. Elle déborde un peu la ligne médiane au niveau de l'ombilic. Elle est lisse, régulière, fluctuante, mate à la percussion, séparée du foie par une bande de sonorité; elle est assez peu mobile, cependant elle

se déplace verticalement pendant les mouvements respiratoires.

La malade ayant eu ses règles du 9 au 12 février, on ne l'opère que le 13 février.

Laparotomie latérale, le long du bord externe du grand droit du côté gauche et sur une hauteur de 12 centimètres ; je tombe sur une tumeur kystique indépendante du foie, rétro-péritonéale, refoulant le colon descendant en dedans ; j'incise verticalement le feuillet péritonéal qui recouvre la face antérieure de cette tumeur et je parviens avec peine à le décoller de chaque côté. Je rabats les deux volets péritonéaux, l'un en dedans, l'autre en dehors ; et je les fixe à l'aide de pinces au péritoine pariétal de façon à avoir le kyste bien à découvert devant moi. Je ponctionne avec le trocart de l'appareil Potain mais je n'obtiens que quelques gouttes de liquide. J'incise alors la poche longitudinalement dans l'espace dénudé et il en sort une quantité énorme d'hydatides vivantes de tout volume. Une membrane épaisse, gélatineuse, qui semble être la paroi de l'hydatique même est extraite de la poche. J'aurais pu facilement faire le capitonnage du kyste, mais je trouvai une deuxième poche coiffant l'extrémité supérieure de la première. J'extirpai donc la première, après avoir libéré l'uretère accolé sur une longueur de 10 à 15 centimètres, le long de la paroi externe de la poche ; cet uretère n'était pas dilaté. J'ouvre ensuite la deuxième poche ; il en sort un liquide citrin qui est manifestement de l'urine. Il s'agissait en effet d'une poche d'hydronéphrose à la partie supérieure de laquelle se trouvait encore une mince portion de parenchyme rénal. Dans ces conditions, je pensai qu'il fallait en faire l'extirpation totale. Celle-ci fut assez pénible à cause des adhérences de cette poche avec la veine cave inférieure sur une étendue de plus de 10 centimètres. L'extirpation terminée, je suturai les deux feuillets péritonéaux au catgut ; la ligature des pédicules fut également faite au catgut. Drainage, un seul plan de suture. Suites opératoires bonnes, troublées dans les premiers jours par une légère bronchite. Elle sort le 7 mars 1900 parfaitement guérie, rendant 1 litre 1/2 d'urine environ par 24 heures.

OBSERVATION X

(*Bull. de la Soc. de Chirg.*, 11 juin 1901, p. 663.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE. —
GUÉRISON.

M. J. ALBARRAN. — La malade que j'ai l'honneur de vous présenter est une femme âgée de 33 ans, qui n'a eu aucun antécédent pathologique digne de remarque, jusqu'au mois de novembre 1898. Elle fut prise, à ce moment, de douleurs intenses dans la région costo-iliaque gauche, qui lui permirent cependant de continuer son travail. Ces douleurs augmentèrent les jours suivants et, un mois après, les urines, jusqu'alors claires, devinrent troubles, chargées de pus. Ces accidents passèrent et la malade se trouva bien jusqu'en janvier 1901. Après les règles, qui ne durèrent qu'un jour, la malade souffrit de nouveau dans la région lombaire et les urines devinrent troubles, chargées d'un dépôt semblable à de la gélatine. La douleur persistante dans la région du rein, quelques irradiations le long de l'uretère, puis des accès fébriles irréguliers, engagent la malade à entrer à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon, salle Laugier, n° 17, le 22 mars de cette année. L'examen de la malade, au moment de son entrée, fit constater que la vessie avait une capacité normale, que le rein droit était mobile, non douloureux et facilement réductible, le rein gauche ne fut pas senti. Les urines contenaient 11 grammes 50 d'urée et des traces d'albumine, leur quantité était normale et l'examen microscopique ne décela que de rares leucocytes. L'examen cystoscopique démontra que l'orifice urétéral du côté gauche était béant et plus large que le droit et qu'il se trouvait dans une zone de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, dans laquelle la vessie était rouge, le cathétérisme urétéral permit d'arriver facilement dans le rein gauche ; on retira de l'urine contenant de très nombreux leucocytes, quelques globules rouges et des microcoques. L'analyse chimique de l'urine ne fut pas pratiquée parce que la sonde urétérale se boucha rapidement. L'urine du rein droit était normale.

Le 28 mars, la malade rendit des urines troubles contenant de nombreuses vésicules hydatiques, facilement reconnaissables ; elle continua ensuite à uriner des hydatides dans les jours suivants, sans que la température montât au delà de 37° 6. Elle avait eu, au début de son séjour à l'hôpital, jusqu'à 38°4.

Le 3 avril j'examinai la malade et je pus constater l'existence d'une tumeur arrondie du côté gauche de l'abdomen. La tumeur était presque entièrement sous-costale et on ne pouvait, au palper, que la sentir vaguement dépassant à peine le rebord costal. Par le phonendoscope je déterminai que cette tumeur dépassait le volume de deux poings, qu'elle remontait jusqu'au septième espace intercostal.

La tumeur n'avait aucune mobilité communiquée, et ne se déplaçait pas pendant les mouvements respiratoires. En arrière elle paraissait avoir un contact lombaire incomplet ; on arrivait à sentir une vague transmission en masse, mais non du ballonnement.

J'opérai le 6 avril, par une incision lombaire oblique, j'arrivai sur la tumeur dont l'extrémité inférieure seule dépassait les côtes. Après avoir largement incisé la poche, je fis sortir une très grande quantité d'hydatides et je lavai largement à l'eau bouillie. Je me rendis compte alors, de l'épaisseur considérable des parois de la poche, par places, la paroi était calcifiée. En essayant d'attirer la poche hydatique, je me rendis compte qu'elle était située au devant du rein, refoulé lui-même, complètement aplati, méconnaissable presque.

Ne pouvant appliquer le procédé de Delbet, je voulus me rendre compte de la possibilité d'extirper la tumeur. J'arrivai facilement au côlon qui la recouvrait en avant. Une adhérence qui fixait la poche à la rate fut enlevée, avec une petite portion du péritoine. Je suturai cette ouverture. J'eus plus de peine à détacher la tumeur du diaphragme, et un sifflement m'avertit de l'ouverture de la plèvre, que je fermai par une suture en bourse. Je finis de dégager l'uretère, qui était gros, à parois rigides et que je sectionnai à 8 cent. au-dessus du rein. Je liai ensuite le pédicule au catgut et j'enlevai le rein avec le kyste.

Les suites opératoires ont été très simples : pas la moindre

réaction. La plaie se cicatrisait par première intention sauf au niveau des mèches. 26 jours après l'opération, la malade partait, complètement guérie, pour le Vésinet.

OBSERVATION XI

(M. BAZY, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, du 11 juin 1901.)

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans environ, porteur à la fois d'un kyste hydatique du foie et d'un kyste hydatique du rein droit.

J'abordai la tumeur qui faisait saillie dans l'hypocondre, par la laparotomie latérale.

Je réséquai la plus grande partie du kyste du foie; puis, portant une main en arrière, je me mis en devoir de l'extraire; je trouve un kyste hydatique du rein; je l'ouvre et je cherche à l'extirper. J'y parviens, mais je suis obligé de mettre une pince sur une branche de l'artère rénale sectionnée, et j'ouvre le bassinnet sur une grande étendue. Le quart postéro-supérieur du rein manquait; je pensai, malgré l'ouverture large du bassinnet, pouvoir conserver le rein; je liai donc la branche de l'artère rénale, que j'avais tout d'abord pincée. J'avais remarqué que la partie supérieure du rein, celle qui correspondait probablement à l'artère sectionnée était devenue couleur feuille morte, et une piqûre à ce niveau ne donnait pas de sang. Cette portion était donc destinée à la nécrose, j'avoue que je ne m'en préoccupai pas, étant sûr de l'asepsie, et je la laissai en place.

Il restait à fermer le bassinnet; pour cela je pris des lambeaux membraneux et de tissu conjonctif plus ou moins fibreux, avec lesquels je coiffai le rein, et que je suturai de façon à fermer le bassinnet. Par mesure de précaution, je mis dans la plaie un drain que je fis sortir par la région lombaire, préalablement aseptisée. Pas une goutte d'urine ne s'écoula par la plaie, ni par le drain, que je retirai au bout de quatre jours.

OBSERVATION XII

(Thèse de BRAILLON, Obs. LV.)

(SPIEGELBERG, Berlin, 1872.)

OPÉRATION POUR KYSTE HYDATIQUE DE L'ABDOMEN (?). — LA LAPARATOMIE PERMET LE DIAGNOSTIC DU KYSTE HYDATIQUE DU REIN. — EXCISION PARTIELLE ET SUTURE DU KYSTE A LA PEAU. — GUÉRISON AU BOUT DE ONZE SEMAINES.

OBSERVATION XIII

(Thèse de BRAILLON, Obs. LIX.)

(ALBERT, Berlin, 1878.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN RECONNU AU COURS D'UNE LAPAROTOMIE. — EXPLORATION. — EXTIRPATION DU REIN IMPOSSIBLE. — EXCISION PARTIELLE DU KYSTE. — DRAINAGE. — GUÉRISON.

OBSERVATION XIV

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXVI.)

(DANIEL.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN DIAGNOSTIQUÉ AVEC EXPULSION D'HYDATIDES PAR LES URINES. — NÉPHROTOMIE LOMBAIRE. — GUÉRISON RAPIDE.

OBSERVATION XV

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXVIII.)

(MAGDELUNG, 3 novembre 1884.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN GAUCHE RECONNU GRACE A L'EXPULSION D'HYDATIDES PAR LES URINES NÉPHROTOMIE LATÉRALE. — GUÉRISON AU BOUT DE DEUX MOIS.

OBSERVATION XVI

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXIX.)

(HEUSSNER, 1884.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN GAUCHE. — NÉPHROTOMIE ANTÉ-
RIEURE. — GUÉRISON.

OBSERVATION XVII

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXX.)

(HOHMANN, 1885.)

JEUNE HOMME DE 16 ANS. — DOULEURS DE LA RÉGION LOMBAIRE
ET AU NIVEAU DE LA VESSIE. — HYDATIDES DANS LES URI-
NES. — INCISION PARALLÈLE AU BORD EXTERNE DU CARRÉ
LOMBAIRE. — GUÉRISON.

OBSERVATION XVIII

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXIV.)

(PÉAN, *in* Th. Brodeur.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN GAUCHE. — HYDATIDES DANS LES URINES.
— NÉPHROTOMIE LOMBAIRE. — GUÉRISON AVEC PERSISTANCE
D'UNE FISTULE URINAIRE LOMBAIRE DU 31 MAI 1886. — GUÉRISON
DE LA FISTULE AU 15 AOUT.

OBSERVATION XIX

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXV.)

(PÉAN, *in* Th. Brodeur.)

KYSTE HYDATIQUE SUPPURÉ DU REIN DROIT. — NÉPHROTOMIE
LATÉRALE. — GUÉRISON 16 JUILLET 1886.

OBSERVATION XX

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXVI.)

(BOUILLY, *Gaz. des Hôpitaux*, décembre 1886.)

ÉNORME KYSTE DU REIN, RECONNU AU COURS DE LA LAPAROTOMIE. — OUVERTURE ET SUTURE DU KYSTE A LA PAROI. — GUÉRISON.

Homme de 39 ans, s'aperçoit pour la première fois, en 1870 ou 1871, d'une grosseur à la région du ventre. En 1874, la tumeur ayant augmenté, M. Péan ponctionne la poche qui laisse échapper quatre litres d'un liquide de kyste hydatique; on ne put alors faire le diagnostic précis du siège de la tumeur. En 1879, seconde ponction qui ne donne issue à aucun liquide; on crut à une transformation de la tumeur; en 1883, troisième ponction; quelques gouttes seulement d'un liquide séro-purulent s'échappèrent.

Jusqu'en 1886, la tumeur augmente en déterminant des troubles de compression notables : gêne de la respiration, troubles digestifs. Assez bon état général.

La tumeur est volumineuse, siège dans l'hypochondre gauche et à l'épigastre; elle se perd sous les côtes à sa partie supérieure et se limite bien en bas au niveau de l'ombilic. Foie normal; fluctuation nette dans toute l'étendue de la tumeur qui laisse l'intestin au-dessous d'elle et dans le flanc gauche.

On ne peut s'arrêter au diagnostic de kyste hydatique de la rate vu son développement vers le haut de l'abdomen et l'absence d'ascite et de compression de la veine porte; le foie ne pouvait être incriminé et M. Bouilly pensa à un kyste développé dans la cavité péritonéale.

Laparotomie médiane, de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, tumeur rétro-péritonéale; adhérences très solides avec l'intestin et le péritoine à la partie inférieure. Suture de la tumeur à la paroi, incision large, donnant issue à du pus et à de nombreuses hydatides suppurées, ayant pour quelques-unes le volume du poing. Au cours de l'incision, une section de tissu d'apparence charnue, musculaire, de teinte violacée, saigna abondamment : c'était du tissu rénal. Drainage; suites simples; rétablissement complet et rapide.

OBSERVATION XXI

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXVIII.)

(Francis IMLACH, juillet 1896.)

Femme de 43 ans, accouchée à 18 ans. La tumeur simulait à tel point un utérus à terme qu'on avait recherché plusieurs fois le souffle, etc. Huit mois avant l'opération les règles étaient supprimées et, avec leur cessation, avait coïncidé un rapide accroissement de la tumeur; celle-ci était ovoïde, résistante, et ne ressemblait en aucune façon à un rein hypertrophié. Sur sa face latérale gauche, on sentait des bosselures qui faisaient croire à un kyste ovarique. L'anse sygmcoïde passait au-devant du néoplasme. Pas de frémissement hydatique. Toucher vaginal : la tumeur paraissait faire corps avec l'utérus et l'on s'arrête à l'hypothèse d'un fibro-kyste de cet organe. Col non ramolli.

3 août 1885 — Laparotomie exploratrice sur la ligne blanche; ponction; on fait alors le diagnostic et on reconnaît le tissu rénal. Suture du kyste à la paroi. Guérison.

OBSERVATION XXII

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXXII.)

(Le DENTU.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN DROIT MOBILE, LAPAROTOMIE. —
DRAINAGE DE LA POCHE SANS FIXATION A LA PAROI ABDOMINALE. — GUÉRISON EN COURS.

Femme, 35 ans; en 1887, s'était aperçue d'une tumeur abdominale. Quatre mois après cette tumeur avait le volume d'une tête de fœtus à terme, mais était formée de deux parties, une supérieure globuleuse et fluctuante, une inférieure offrant les caractères d'un rein mobile. Le diagnostic posé fut celui d'hydronéphrose. Ponction exploratrice par la région lombaire

qui donna issue à un magma granulo-graisseux où l'on trouva, au microscope, de nombreux crochets d'échinocoques.

En 1888, la tumeur avait diminué, la ponction avait été suivie d'une grande amélioration. Mais, la malade s'étant fatiguée, fut prise de douleurs atroces qui furent le prélude d'une péritonite locale très inquiétante.

Quand la fièvre eut passé, on propose une intervention transpéritonéale, sans qu'on pût trop savoir à l'avance, si la suite de la laparotomie serait une simple kystotomie ou s'il faudrait aller jusqu'à la néphrectomie.

Opération. — Incision de neuf à dix centimètres sur le point le plus saillant, vers le bord externe du muscle grand droit. Au moment de l'incision du péritoine, il sortit un peu de pus du fond de la plaie. L'index de la main droite servant de guide, tombe sur un exsudat qui réunissait entre elles trois anses intestinales : le côlon ascendant en haut et en dehors, une anse d'intestin grêle en bas et en dedans, une autre anse, plus profondément placée, était parallèle à la lèvre interne de la plaie ; elle était immédiatement accolée au kyste.

Les adhérences furent rompues juste assez pour permettre de cheminer entre les anses intestinales avec le doigt. On allait ponctionner la poche, sortie à nue, à une profondeur qui croissait à mesure que la tumeur était séparée de l'intestin, quand il fut jugé plus prudent de l'entamer avec l'ongle. Comme elle était friable, elle céda, et l'ouverture agrandie laissa échapper une grande quantité de pus granuleux où flottaient des espèces de fragments de mastic.

On plaça un gros et long tube à drainage qui se dirigeait vers la région lombaire et on fit de nombreuses injections détersives avec une solution d'acide borique. Quoique la poche, que les adhérences antérieures maintenaient comme suspendue à la paroi abdominale, eût repris sa place dans la région lombaire, il fut jugé inutile de faire un drainage postérieur. La plaie fut désinfectée, un petit drain superficiel fut placé à côté du gros. Pansement à l'iodoforme et à la ouate de tourbe.

Suites de l'opération. — En janvier 1889, 50 jours après l'opération, les nouvelles étaient bonnes et tout permettait d'assurer que le succès était complet.

Après une courte période de guérison apparente, il s'écoula du pus en petite quantité par l'incision abdominale. M. Le Dentu constate deux ou trois mois après, une tumeur dans le flanc droit. C'était la poche remplie du pus qui se vidait mal. A la fin de l'hiver 1888-1889, il pratiqua l'opération suivante. Incision oblique postérieure qui conduisit, par derrière, jusque sous la tumeur située profondément et éloignée de la paroi abdominale. On introduisit alors de longues pinces, par la fistule antérieure, jusqu'au fond de la poche et on sectionna celle-ci par la plaie postérieure sur l'extrémité des pinces. Avec les mors de celles-ci, on saisit un drain assez volumineux qui fut attiré en avant et qui traversait toute l'épaisseur du corps d'arrière en avant.

Les suites furent favorables. Tous les symptômes de la rétention cessèrent et la malade recouvra une santé parfaite, mais il a été impossible de supprimer intérieurement le drain,

Actuellement, la suppuration est réduite à rien, mais la malade ne peut se passer du très petit tube qui a remplacé le gros du début.

OBSERVATION XXIII

Thèse de BRAILLON, Obs. LXXXIII.)

(TUNNICLIFFE, 1891.)

Homme, 32 ans, tumeur du côté gauche, datant de trois ans, occupant toute la moitié correspondante de la cavité abdominale. Fluctuation; mais aucun frémissement. La ponction donne issue à un liquide clair. Opération, le 27 juin, par Bruce-Klarke. Incision sur la ligne semi-lunaire. Fixation du kyste à la paroi, tamponnement iodoformé. Guérison.

OBSERVATION XXIV

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXXVI.)

(Professeur Maurice POLLOSSON, *Lyon Médical*, 18 septembre 1893.)

OBSERVATION D'UN KYSTE HYDATIQUE DU REIN GUÉRI PAR LA
NÉPHROTOMIE LOMBAIRE.

Femme 40 ans ; en 1888, après un avortement, elle remarque sous ses fausses côtes gauches une petite tumeur, non douloureuse, donnant une sensation de pesanteur, seulement pendant les marches rapides ou sous l'influence du trot de cheval. En 1891, la tumeur augmenta et commença à faire saillie dans la région lombaire. Elle fut bientôt le siège de vives douleurs et sa santé s'altéra ; il y avait de la fièvre, des alternatives de diarrhée et de constipation, mais pas de symptôme urinaire.

En février 1892, M. Pollosson incisa un abcès lombaire prêt à s'ouvrir dans le triangle de J.-L. Petit ; après évacuation, il sentit le rein, du volume de deux poings, au fond de la plaie, mais, en présence du foyer phlegmoneux, ne poursuivit pas plus loin son intervention ; les suites furent bonnes jusqu'au mois d'avril ; à ce moment, la cicatrice lombaire devint fistuleuse et il sortit une membrane de vésicules hydatiques. Puis les douleurs revinrent ; les urines, d'abord de couleur marc de café, puis franchement sanguinolentes, furent enfin filantes comme de la colle ; en même temps, apparaissent des nausées, des vomissements et un œdème généralisé qui dura huit jours ; la disparition des phénomènes aigus a été immédiatement précédée de l'issue subite, par la plaie, à l'occasion d'efforts de vomissements, de pus et d'hydatides de volume variable.

A partir de cette époque, septembre 1892, la fistule a donné passage à du pus et à des hydatides tous les quatre ou cinq jours, les forces se sont un peu relevées et, le 19 novembre 1892, le malade entra dans le service de M. Pollosson, à Lyon, présentant, dans le flanc gauche, une tumeur du volume de deux poings, appréciable et par la paroi abdominale antérieure et dans la fosse lombaire ; elle était dure, rénitente ; on n'y trouvait pas de fluctuation. Au devant d'elle, existait une zone de sonorité.

Le 9 décembre : *opération*. — Incision de 8 centimètres passant par la fistule et répondant à peu près au bord externe de la masse sacro-lombaire ; seconde incision partant de l'extrémité inférieure de la précédente et passant à un travers de doigt de la crête iliaque sur une longueur de 7 centimètres. On ouvre ainsi largement une poche d'où s'échappe une grande quantité de vésicules hydatiques. Après évacuation, il existe une cavité spacieuse, limitée par une poche indurée et calcifiée sur certains points ; cette poche dont on peut disséquer certaines portions au voisinage de l'incision, est constituée par une membrane épaisse de trois à quatre ans, d'aspect fibreux.

On cherche par le palper bi-manuel, un doigt dans la poche, l'autre main sur la paroi abdominale, à reconnaître la présence d'un rein ou d'une portion de rein ; on ne constate aucune masse permettant d'affirmer qu'il reste une partie notable de l'organe. On ne trouve rien qui donne l'impression du bassin ; on ne trouve pas trace d'un orifice sur les parois de la poche. La poche est détergée avec des tampons antiseptiques, lavés et bourrés de gaze iodoformée après introduction de deux gros drains. Quelques points de suture diminuent l'étendue des incisions.

Suites très bonnes, aucune complication post-opératoire ; la malade sort le 4 janvier 1893 avec un état général excellent ; elle portait à ce moment une fistule lombaire qui s'est fermée depuis ; il ne reste plus que quelques douleurs dans la région rénale et de temps et temps des symptômes légers de cystite.

OBSERVATION XXV

(Thèse de BRAILLON, Obs. LXXXVIII.)

(LE DENTU, inédite.)

Jeune homme d'une trentaine d'années, soigné à l'hôpital St-Louis.

Tumeur du flanc gauche grosse comme le poing.

Quelque temps après, une ponction exploratrice montre qu'il s'agissait bien d'un kyste hydatique. M. le Dr Le Dentu fait une injection avec une certaine quantité de liqueur de Van

Swieten, mais la liqueur ne s'écoule pas par la canule. Comme le contenu de la poche, transformé depuis la première ponction, renfermait de l'albumine, M. Le Dentu conclut qu'il s'est formé un albuminate de mercure insoluble et il se base sur cette probabilité pour éloigner l'idée d'un danger d'intoxication. Il ne se produit aucun symptôme inquiétant. Le malade sort de l'hôpital et y revient au bout de trois ou quatre semaines, se plaignant de souffrir du côté. La tumeur n'a pas disparu.

M. Le Dentu l'incise et on voit sortir une notable quantité de liquide purulent mêlé de grumeaux, pas d'hydatides volumineuses, mais le liquide de la première ponction contenait des crochets et un très grand nombre de très petits hydatides.

Aucun doute n'était possible relativement à la nature de la maladie. Guérison rapide par bourgeonnement de la poche.

OBSERVATION XXVI

(Résumée.)

(HOUZEL. — *Revue de Chirurgie*, 1898.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN. — NÉPHROTOMIE LOMBAIRE. — GUÉRISON.

Il s'agissait d'un homme de 43 ans, qui présentait de très vives coliques néphrétiques. Depuis l'âge de 12 ans, ce malade éprouvait environ tous les deux ans des crises analogues à la crise actuelle, pendant lesquelles il éprouvait des douleurs intolérables dans le flanc gauche, irradiées dans le cordon et le testicule, puis il était soulagé subitement après avoir vomi et rendu des urines abondantes entraînant des peaux.

A l'examen, il présentait une tumeur volumineuse, peu mobile, ne suivant pas les mouvements du diaphragme et faisant saillie du côté du ventre. Lisse et dure, elle ne présentait pas de fluctuation et pas de ballonnement spécial.

La température était aux environs de 38°

A la suite d'une purge qui avait provoqué une forte débacle, le malade rendit par les urines une hydatide crevée, et deux petites vésicules intactes. Le diagnostic fut kyste hydatique du rein gauche ouvert dans le bassin.

L'étiologie probable de cette affection serait singulière : le malade avait l'habitude de manger des mouches pendant son enfance.

Le malade après quelques hésitations accepte l'opération.

L'auteur mis en garde par un cas malheureux (voir Obs. VIII) au lieu de la néphrectomie, pratiqua la néphrotomie lombaire. « Une incision en dehors du carré des lombes, partant des dernières côtes, et allant obliquement vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, me conduisirent rapidement sur la tumeur. Après avoir écarté avec le doigt un peu de tissu cellulaire, c'est le rein lui-même qui se présenta dans la plaie. Certain du diagnostic, je l'attaquai hardiment avec le bistouri, et, après avoir incisé l'épaisseur d'environ un centimètre 1/2, je tombai dans le kyste. Il n'en sortit pas une goutte de liquide, mais une certaine quantité d'hydatides. Puis tout s'arrêta. Les deux lèvres de la plaie rénale avaient été saisies par des pinces à griffes, elles furent attirées au niveau de la peau, et j'introduisis le doigt dans la poche, afin de voir si elle était vidée. Je sentis une masse compacte d'hydatides serrées les unes contre les autres, on eut dit une masse de gélatine à moitié fondue. Le doigt dissociant cette masse, je fis sortir trois litres d'hydatides, variant de grosseur depuis une noisette jusqu'à un œuf de poule, puis, la poche me paraissant vide, j'y injectais plusieurs litres d'eau tiède stérilisée qui ramenèrent encore quelques hydatides.

« Les lèvres du rein, ayant été suturées aux muscles et à la peau, le reste de la plaie cutanée fut réunie avec des crins de Florence ; deux gros drains en canons de fusils furent introduits dans le kyste, et le tout fut recouvert d'un épais pansement de ouate maintenu par un bandage de corps. »

Les suites opératoires furent assez simples. Le malade rendit, le jour de l'opération, des urines sanguinolentes, puis, à partir du lendemain, inonda son lit, par sa plaie lombaire, d'un liquide à odeur urineuse.

Malgré la suppuration de deux ou trois points de suture, dus à ce que le pansement macérait continuellement dans l'urine, la plaie fut complètement fermée au bout de 51 jours. L'urine avait coulé par la plaie lombaire pendant un mois et demi.

OBSERVATION XXVII

(POSADAS, (de Buenos-Ayres), *Revue de Chirurgie*, 1899,
page 374, 1^{er} sem.).

Laurenda Perrez, âgé de 7 ans, a eu un kyste hydatique du rein gauche, du volume d'un œuf d'autruche. Il reste seulement une toute petite portion de substance glandulaire.

Opération : Extirpation de la membrane germinative et suture. Réunion per primam de la plaie.

Le kyste était uniloculaire avec membrane germinative, avec têtes de ténias, le liquide hydatique clair, sans vésicules filles. Suppuration d'un point de suture à la peau. Guérison au bout de douze jours.

OBSERVATION XXVIII

(LE FUR, *Annales des Mal. des Org. génito urinaires*,
mars 1900, page 285.)

KYSTE HYDATIQUE RÉNAL SUPPURÉ. — NÉPHROTOMIE.

M.] Le Fur montre la membrane [qui tapissait une poche développée au niveau du rein droit et que l'examen microscopique révèle être une paroi de kyste hydatique. Le contenu du kyste suppuré a été évacué par néphrotomie lombaire.

Le cathétérisme des uretères avait montré la perméabilité de l'uretère droit.

Au point de vue étiologique, la suppuration s'est produite à l'occasion d'une infection puerpérale, comme le fait est fréquent à propos des kystes du foie.

OBSERVATION XXIX

(M. MONOD, *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 11 juin 1901.)

Il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, chez laquelle le diagnostic de rein flottant (droit) avait été porté. On avait remarqué, en outre, que le rein déplacé semblait augmenté de volume, sans que l'on pût savoir exactement pour quelle raison.

L'opération fut faite par incision lombaire, le rein mis à découvert et amené avec un peu de peine dans la plaie, à cause de son augmentation de volume; on put constater que son pôle inférieur était comme coiffé d'une masse sessile, évidemment kystique. Cette masse, ponctionnée, puis l'incisée, fut reconnue être un kyste hydatique. La membrane hydatique extraite, la poche adventice est reséquée au bas du rein. La surface d'insertion est ensuite grattée à la curette et désinfectée. Après quoi le rein remis en place est fixé comme à l'ordinaire au catgut.

Suites opératoires nulles. Dix jours après, ablation des fils cutanés. Le vingt-deuxième jour, la malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XXX

(M. TUFFIER, *Bulletin de la Société de Chirurgie* du 11 juin 1901.)

F..., Marie, 23 ans, entre dans mon service de Lariboisière (salle Elisa Roy), le 13 mai 1899, pour des douleurs et une tuméfaction siégeant dans le côté gauche de l'abdomen.

Toujours bien portante jusqu'à il y a six ans, elle commence à ressentir vers cette époque et au moment de ses règles, de violentes douleurs siégeant dans la région lombaire gauche; pas le moindre trouble de la miction. Survient une première grossesse il y a cinq ans : les douleurs deviennent continues, et le ventre, dans son développement, présente une asymétrie marquée du côté gauche. L'accouchement se fait normalement. Mais depuis ce moment, les douleurs lombaires s'accroissent plus violentes à l'époque des règles, obligeant la femme à rester couchée. Une deuxième grossesse survient qui s'est terminée normalement le 18 avril dernier, il y a vingt-cinq jours; pendant toute cette grossesse, la femme a beaucoup souffert de son côté gauche qui, dit-elle, était beaucoup plus gros que l'autre. Depuis, les douleurs n'ont pas cessé. Au moment de son entrée, ces douleurs sont le seul symptôme fonctionnel net, présenté par la malade. Elles sont continues, siégeant dans le flanc gauche et s'irradiant vers la fosse iliaque, mais elles n'ont rien qui ressemble aux coliques néphrétiques. Jamais de

troubles de la miction d'aucune sorte, jamais, en particulier, d'oligurie suivie de polyurie; les urines ont toujours été claires et d'abondance normale. L'état général et les différents appareils sont bons; il n'y a pas de fièvre.

A l'inspection du flanc gauche, on constate l'existence d'une tuméfaction arrondie au niveau de la fosse iliaque, remontant jusque sous la dixième côte.

À la palpation, on voit que cette tumeur s'étend en bas et vers la ligne médiane jusqu'à trois travers de doigt de la symphyse pubienne et à un centimètre de la ligne blanche; en haut, elle disparaît sous la dixième côte.

Cette tumeur est arrondie, lisse, fluctuante et présente de la crépitation neigeuse; sa consistance est comparable à celle d'une outre à demi pleine. Le volume de la tumeur varie pendant les jours d'observation, d'un jour à l'autre. La percussion dénote, à sa surface, une diminution de la sonorité abdominale, sauf vers la partie moyenne de la tumeur, où cette sonorité a toute son ampleur.

L'épreuve du bleu de méthylène donne (je cite ici les conclusions de la note qui m'a été présentée): « L'urine contient: 1° Du bleu en petite quantité; le rein le laisse mal passer; 2° du chromogène en faible quantité; 3° un dérivé vert d'emblée, sans préparation chimique, qui donne à l'urine sa coloration. Le bleu a donc subi des transformations profondes dans l'organisme, mais l'élimination des éléments transformés paraît normale.

Il n'y a ni retard, ni prolongation. Réserves à faire au sujet de la valeur du rein droit ».

J'interviens le 18 mai 1899. Incision lombaire classique. Je tombe sur la rate et le colon que je relève et récline, et aussitôt je trouve une poche qui ne me paraît être autre qu'un kyste hydatique et que je ponctionne et incise. Il s'en écoule un liquide blanchâtre, avec de nombreuses hydatides; j'amène alors la poche au dehors, mais il m'est impossible de la décoller. Je me décide alors à la laver au sublimé, puis, après y avoir abandonné une certaine quantité de ce liquide, à la fermer par quelques points de suture et à l'abandonner dans le ventre. L'un des fils fixe la poche à la paroi lombaire. Drainage avec un gros drain. Suites opératoires parfaites, malgré le retour de couches qui se fait le surlendemain de l'opération.

Les urines sont toujours restées claires et d'abondance normale; l'élimination du bleu, essayé après l'opération, se fait normale ment. Le 16 juin 1899, la malade quitte le service parfaitement guérie et sans fistule.

OBSERVATION XXXI

(M. F. LEGUEU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, du 13 juin 1901.)

Il y a quelques jours, un malade nous était amené à l'Hôtel-Dieu par notre confrère, le docteur Farabœuf, d'Etampes, avec le diagnostic de kyste hydatique du rein. Il présentait, en effet dans le flanc gauche, une volumineuse tumeur, dure, rénitente; qui s'étendait depuis le huitième espace intercostal en haut jusqu'au-dessous de la ligne horizontale de l'ombilic. Elle avait le contact lombaire très évident, mais, dans ses caractères, rien n'aurait permis de faire le diagnostic de kyste hydatique du rein, si, depuis quelques semaines, le malade n'avait rendu des vésicules hydatides et des membranes par l'uretère. C'est ce fait seul qui nous permit d'affirmer qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du rein.

Le diagnostic était donc certain; le traitement était plus délicat.

Je n'avais aucune tendance à faire la néphrectomie chez ce malade; il était dans un état général médiocre: il ne rendait par jour que 500 grammes d'urine, et l'urée éliminée par 24 heures ne s'élevait qu'à 6 grammes. Il était donc certain que la néphrectomie devait être dans ces conditions particulièrement dangereuse.

J'avais le choix entre la néphrectomie et la méthode de Delbet. Mais j'ignorais, comme toujours, les rapports du rein avec la tumeur. En toute occurrence, je préfèrai aborder la tumeur par sa partie postérieure, en l'abordant en avant, j'avais à traverser la cavité péritonéale et si une fistule devait être la conséquence de mon opération, il était préférable que cette fistule fut postérieure.

Aussi, j'incisai par la voie lombaire, et tombai tout de suite sur la paroi du kyste que j'ouvris largement. La tumeur conte-

naît 3 kilos de vésicules filles, représentant un volume de plus de 2 litres. Je cherchai le rein sans le trouver, et je me demandai alors s'il valait mieux fermer sans drainage, ou drainer le kyste.

Le drainage devait exposer à une longue fistulisation; aussi bien je me décidai à fermer le kyste par six points de catgut, et je l'abandonnai. Je me demande, cependant, ce que deviendra en l'espèce, la communication de la poche avec l'uretère; et je ne sais si la poche, encore capable de sécrétion urinaire, ne parviendra à empêcher la réunion sans drainage. Dans tous les cas, j'ai mis un drain à la porte du kyste fermé, et si le kyste voulait se rouvrir, il trouverait de suite le drainage établi pour corriger le résultat défectueux de la réunion sans drainage.

L'opération, jusqu'ici, ne date que de quelques jours; le malade va très bien.

OBSERVATION XXXII

(Résumée).

(M. le Dr LOUVEAU, de Bordeaux, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*).

M... 65 ans, père de sept enfants, eut, il y a onze ans, à la suite d'un choc violent, un abcès du foie, que l'on guérit par l'ouverture, en deux temps de la cavité purulente; dans le pus rien d'anormal.

En mars 1896, huit ans après l'abcès du foie, nouvelle chute de 3 mètres de haut. Immédiatement après l'accident, l'urine fut teintée de sang, ce qui dura pendant deux jours. Ensuite, l'urine, louche d'abord, devint peu à peu franchement purulente, et le rein, après un répit de cinq ou six mois, recommença à devenir le siège d'élancements douloureux; l'amaigrissement, l'inappétence, un malaise fébrile, décidèrent le malade à consulter le 16 décembre 1898.

Il présentait à ce moment tous les signes d'un abcès du rein gauche. Je proposai immédiatement la néphrotomie lombaire, destinée à évacuer l'abcès rénal que je mettais, comme autrefois l'abcès du foie, sur le compte du traumatisme accusé par le malade.

Néphrotomie lombaire, le 21 décembre 1898. — Par l'incision retro-curviligne de Guyon menée sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, je découvre facilement le rein qui est très gros et adhère fortement à la capsule graisseuse, surtout au niveau de sa partie moyenne qui est plus saillante, dépressible et paraît le siège principal de la collection purulente. Après fixation des lèvres de la capsule aux lèvres correspondantes de l'incision cutanée, j'attire le rein au dehors et le fends, verticalement sur son bord convexe, dans toute sa hauteur. Un flot de pus épais, gluant et fétide s'en échappe et évacue une cavité qui a le volume d'un œuf de poule et occupe le tiers moyen de l'organe. Elle s'étend, de la surface externe dont la sépare une coque corticale de trois millimètres d'épaisseur, jusqu'au bassinnet avec lequel elle communique par un orifice déchiqueté, large comme une grosse lentille. Les parois de l'abcès sont inégales et accidentées de dépôt purulent ; dans la cavité elle-même, je trouve mélangée au pus une foule de petites vésicules, les unes entières, grosse comme des noyaux de cerises, les autres ouvertes et réduites à l'état de minces membranes, ce sont des hydatides. Toutes sont libres dans l'abcès, aucune n'adhère à ses parois. Le reste du rein paraît sain et ses surfaces de section ne me montrent aucun point suspect : la conservation de l'organe s'impose. Après curetage des parois de la poche que je lave abondamment à la liqueur de Van Swieten, j'y introduis un gros drain qui pénètre profondément dans le bassinnet. En haut et en bas, je ferme par une suture le rein dont le tiers moyen maintenu béant, a ses deux lèvres suturées au bord correspondant de la plaie lombaire, après excision de la capsule adipeuse.

Au-dessus et au-dessous du drain, je suture la plaie que je recouvre d'un épais pansement aseptique.

Les suites opératoires n'ont présenté rien de particulièrement intéressant à noter. La température n'a jamais atteint 38° et l'état général est d'emblée redevenu satisfaisant.

Le 4 janvier 1899, j'enlève les points de suture et remplace le gros drain primitif par un drain plus petit, qui fut définitivement retiré le 11.

A partir du 1^{er} février, la plaie lombaire, qui tout en bourgeonnant progressivement avait jusque-là laissé couler l'urine, ne mouille plus les pièces du pansement.

Le 16 février, la cicatrisation est complète et définitive. Depuis ce moment, la miction est restée normale. Quant aux urines, elles ont gardé, jusqu'au mois de mai, un aspect légèrement trouble, pour lequel j'ai prescrit du salol, du lait, de l'eau d'Evian ; peu à peu, elles ont recouvré leur limpidité parfaite d'autrefois.

Le malade que j'ai revu le 11 octobre se porte à merveille ; il a engraisé et ne souffre pas plus de sa cicatrice lombaire, que de celle consécutive à l'évacuation ancienne de son abcès hépatique.

OBSERVATION XXIII.

(*Annales des Mal. des Org. génito-urinaires*, juin 1901.)

KYSTE HYDATIQUE DU REIN DROIT, OPÉRÉ PAR LA MÉTHODE DU CAPITONNAGE. — RAPIDE GUÉRISON (Dr Lejars, *Société de Chirurgie*, 2 mai 1900).

La malade a été opérée, le 27 mars dernier, par la méthode de capitonnage, exposée par Delbet.

Adressée par le Dr Pascal, elle avait une grosse tumeur fluctuante qui occupait le flanc, et une grande partie de la fosse iliaque, et dessinait en avant un relief arrondi, qui se prolongeait jusqu'à la ligne médiane.

Tumeur développée lentement, sans réactions bruyantes, et longtemps passée inaperçue. Le gêne croissante, sensation de poids, tiraillements douloureux par son accroissement de volume, déterminent la malade à consulter. Elle n'a jamais eu d'accidents urinaires ; urine normale, mictions régulières. La tumeur, plus grosse qu'une tête d'adulte, par son siège, sa surface régulière et lisse, son indolence relative, une sorte de frémissement, de vibration spéciale au choc de la main, fit porter le diagnostic.

Paraissant développée en avant, elle devait être abordée par la voie antérieure, plus directement accessible.

Opération. — A quatre travers de doigt de la ligne médiane, incision verticale de douze centimètres au point culminant de la tumeur ; arrivé sur la poche rétro-péritonéale, je fis la ponc-

tion, qui donna un litre de liquide clair, avec des débris de vésicules hydatiques. Le diagnostic était confirmé; le kyste fut incisé sur toute la longueur de la plaie et toujours dans le plan sous et rétro-péritonéal, le péritoine, refoulé d'ailleurs par la tumeur, restait intact.

Il s'échappa de la poche une quantité considérable de vésicules et, après avoir déblayé la cavité jusqu'au fond, j'amenai sans difficulté la membrane mère décollée en trois gros segments.

Excision de la paroi kystique grisâtre, épaisse de 5 à 8 centimètres environ, et relativement souple; pour cela j'ouvre le péritoine, je décolle la nappe épiploïque, adhérente au côté interne de la tumeur, et j'attirai largement au dehors toute la masse; constatation que le kyste a pris naissance dans le segment inférieur du rein, et que le reste du parenchyme paraissait normal.

Après la résection au ciseau des deux tiers de la poche, il reste un cul-de-sac, de la largeur de la main, que je me mets en devoir de fermer par capitonnage. J'essayai, avec une compresse stérilisée sèche, l'intérieur de ce recessus, je faufilai dans l'une et l'autre paroi quatre à cinq catguts n° 0, et chacun de ces fils séparés, roués superficiellement, réalisant un accollement exact des deux versants. Enfin la brèche, réduite à une fente, est fermée par un surjet à la Lambert. L'incision abdominale est réunie à trois plans.

Guérison sans le moindre incident; au vingtième jour la malade quitte l'hôpital. Etat général excellent. Cicatrice régulière, souple, mobile, et la région complètement indolente.

Fait de plus pour la méthode de Delbet. Il montre qu'il est applicable aux kystes hydatiques de tous les organes, sous la réserve que le liquide soit clair et aseptique.

OBSERVATION XXXIV

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Auguste POLLOSSON.)

Mme V..., 42 ans.

Pas d'antécédents pathologiques, héréditaires ni personnels, a eu, il y a vingt ans, une fausse couche, puis, l'année suivante, une grossesse à terme,

A l'âge de 19 ans, la malade vient à la Charité, dans le service de M. Laroyenne, pour une tumeur du volume d'un œuf (d'après les souvenirs de la malade), siégeant du côté droit de l'abdomen, un peu en dehors et en dessous de l'ombilic. Cette tumeur fut ponctionnée par la voie abdominale, et on retira un liquide clair et transparent. Aucun symptôme douloureux ni avant ni après cette opération.

Deux ans plus tard, en 1884, la malade revient dans le service de M. Laroyenne; la tumeur avait réapparu; on fit une nouvelle ponction et on tira de nouveau un liquide clair comme de l'eau.

Depuis ce moment la tumeur a subi un accroissement progressif qui, en 18 ans, l'a amené au volume actuel. Pendant cette longue évolution il n'y eut jamais de douleurs; la malade avait seulement parfois de la constipation ou un peu de gêne dans la miction.

L'état général se maintient excellent.

Au mois de janvier dernier, la malade eut des règles très douloureuses et très longues. Depuis ce moment les écoulements menstruels étaient irréguliers. Depuis cette date également apparurent les douleurs fréquentes pendant la miction. Ce sont ces malaises et ces douleurs qui déterminèrent la malade à demander une opération.

A l'heure actuelle pas de troubles digestifs, pas de vomissements, pas de constipation; météorisme intermittent; mictions fréquentes, un peu douloureuses; léger amaigrissement depuis le mois de janvier.

La malade fait remarquer que le volume de la tumeur ne subit pas de modifications avant et après les mictions.

Examen de la malade.

a). A l'inspection on constate que l'abdomen est uniformément augmenté de volume; il y a pourtant une légère proéminence de la tuméfaction dans la moitié droite; pas d'étalement des flancs, pas d'effacement ombilical, pas de développement des veines superficielles.

b). A la palpation on arrive à délimiter une tumeur volumineuse, rénitente, ayant la consistance d'une poche liquide tendue.

En haut, la tumeur atteint presque le bord inférieur des fausses côtes, dont elle demeure distincte.

Du côté interne, limite très nette, presque verticale, un peu à gauche de l'ombilic. En bas, la tumeur atteint presque l'arcade crurale, mais reste nettement toute entière au-dessus du détroit supérieur et sans pénétrer dans le bassin. Du côté externe la limite est moins nette. Si on fait coucher la malade du côté gauche, on sent la masse se prolonger jusque dans la région lombaire, puis disparaître derrière la masse sacro-lombaire. Cette tumeur est facilement accessible, superficielle; elle est lisse, tendue, non douloureuse, très fluctuante. La fluctuation maxima est obtenue en faisant coucher la malade sur le côté gauche les cuisses fléchies, et en plaçant une main au-dessous de l'ombilic et l'autre dans la région lombaire.

c). La percussion donne des résultats variables suivant les points de la tumeur. Matité presque complète du côté de la région lombaire, submatité dans le voisinage de l'ombilic; dans la zone intermédiaire sonorité hydro-aérique à timbre élevé, différente de celle qui est constatée dans le reste de l'abdomen. Zone de sonorité entre la tumeur et la matité hépatique. Pas de modification des signes de la percussion dans les changements de position.

La tumeur n'est pas mobile, elle modifie seulement un peu sa forme par son poids, lorsque la malade est couchée à droite ou à gauche, ou lorsqu'elle est debout.

— Toucher vaginal, utérus normal mobile, cul-de-sac libre.

— Examen des urines, pas de pus, pas d'albumine, pas de sucre. 1700 grammes en 24 heures.

— On fait le diagnostic de kyste rénal ou pararénal.

Une nouvelle ponction aurait évidemment précisé d'avance

le diagnostic de kyste hydatique du rein, mais elle fut jugée inutile étant donné la décision d'opérer.

Un des assistants, en palpant la tumeur, eut une sensation de frottement neigeux, qui correspond évidemment au frémissement hydatique, mais cette sensation a échappé au chirurgien.

Opération le 25 mai. — M. Auguste Pollosson fait une laparotomie médiane, sous-ombilicale, puis agrandit l'incision en remontant un peu au-dessus de l'ombilic. Des anses intestinales apparaissent qui sont écartées et maintenues par une compresse. On voit alors la paroi blanchâtre du kyste. A droite on aperçoit le colon ascendant qui semble intimement appliqué contre la tumeur, fixé sans méso.

On fait une ponction au trocart; il s'écoule environ un verre de liquide clair et transparent, puis des débris de vésicules hydatiques.

L'incision de la poche est agrandie, il s'écoule alors une grande quantité de liquide et de vésicules transparentes de volume varié. On remplit une grande cuvette (deux litres et demi) avec les vésicules recueillies, l'ensemble du contenu kystique peut donc être estimé environ à 5 litres.

On songe à l'extirpation de la poche. Le péritoine qui entoure le kyste est intimement fusionné avec la paroi antérieure du kyste et le clivage du feuillet péritonéal est impossible.

On est donc obligé de séparer la tumeur d'avec le colon ascendant pour commencer la décortication qui se poursuit laborieusement.

On est conduit alors dans la direction du rein et la poursuite de la décortication devient plus difficile.

Le fond de la poche pénètre dans le tissu rénal, au niveau de la partie moyenne de la face antérieure du rein droit. En dehors du kyste le rein paraît sain et de volume normal.

Cette intégrité et ce volume du rein font rejeter l'idée d'une néphrectomie et conduisent M. Pollosson à tenter la décortication de la portion intrarénale du kyste.

Cette décortication semble impossible en suivant la face externe du kyste; le tissu rénal se laissant en effet facilement dilacérer donne lieu à une hémorrhagie en nappe. M. Pollosson excise d'abord la portion extrarénale du kyste,

puis incise en son milieu, dans toute sa longueur, la portion intrarénale la divisant ainsi en deux valves qui sont saisies par leur bord profond, au niveau de l'incision faite; la décortication ainsi pratiquée, de dedans en dehors, s'effectua avec facilité pour toute cette portion intrarénale du kyste. Après l'ablation totale on voit la face antérieure du rein qui présente à sa partie moyenne une brèche un peu irrégulière et donnant lieu à une hémorragie en nappe. On place deux points de suture pour rétrécir cette plaie du rein sans la fermer complètement, à cause de la friabilité du rénale. Notons que ni l'uretère ni les bassinets n'ont été ouverts pendant le travail de décortication. Il semble néanmoins imprudent de refermer l'abdomen en raison du saignement de la plaie rénale et en raison aussi de la sécrétion possible d'urine par le tissu rénal dilacéré. Aussi M. Polosson termine-t-il alors en établissant un cloisonnement transpéritonéal de la loge rénale par un tamponnement à la Mickulicz. Quatre larges tampons de gaze aseptique sont placés, l'un en dehors, l'autre en dedans, le troisième au-dessus, le quatrième au-dessous du rein et viennent sortir par la plaie abdominale, créant ainsi une loge, laquelle met en communication la face antérieure du rein avec l'extérieur; les parois de cette loge refoulent en dehors d'elles les anses intestinales. Dans le centre de cette loge formée par les quatre tampons est placée une mèche de gaze aseptique. On se contente alors de rétrécir par quelques points de suture la plaie de la paroi abdominale au-dessous des tampons.

La malade eut un peu de schok; le soir, pouls 120; facies meilleur, miction spontanée, urines peu abondantes, de couleur rouge brique. Pendant quelques jours les urines ainsi colorées contiennent de l'albumine et un peu de sang, ce que l'on peut expliquer par la congestion du rein opéré. Le pansement est traversé par une quantité abondante de sécrétion séreuse à laquelle se mêle d'une façon évidente une certaine quantité d'urine provenant de la plaie rénale; la mèche et les tampons fonctionnent donc parfaitement au point de vue drainage. La mèche centrale est enlevée le 28 mai.

Quant aux tampons protecteurs, ils sont enlevés le 30 mai, le 1^{er} juin et 5 juin. Les adhérences des anses intestinales tout autour de la loge de cloisonnement sont constituées et forment

une barrière suffisante pour protéger le reste de la cavité péritonéale. Il reste alors une vaste plaie béante extérieurement et se rétrécissent dans la profondeur jusqu'à la face antérieure du rein. On place deux drains et on fait des lavages de la plaie avec une solution de permanganate. Les drains sont supprimés à partir du 16 juin, la plaie se cicatrise régulièrement du fond à la superficie.

Les urines, qui ont été sanglantes et albumineuses pendant les cinq ou six premiers jours, redeviennent spontanément normales, claires et dépourvues d'albumine.

Quant aux sécrétions de la plaie qui, dans le même délai, c'est-à-dire pendant les cinq ou six premiers jours contenaient évidemment de l'urine, elles cessèrent d'en contenir et devinrent beaucoup moins abondantes.

L'état général de la malade s'est rapidement amélioré. Dès le 23 juin, elle commence à se lever, bien que la plaie soit complètement fermée le 28 juin, elle se lève toute la journée et se promène.

A l'heure actuelle (7-juillet) la plaie est à peu près complètement fermée, il reste à peine une petite surface suintante, la malade n'éprouve aucune douleur abdominale en marchant, elle ne présente même aucune saillie intestinale au niveau de la cicatrice. Il n'y a donc pour le moment aucune éventration.

CONCLUSIONS

I. — De nombreuses méthodes, tant médicales que chirurgicales, ont été proposées pour le traitement des kystes hydatiques du rein.

II. — Les procédés médicaux sont actuellement en défaveur ou abandonnés, quoique la ponction avec injection de liquide modificateur puisse rationnellement donner encore des succès.

III. — La néphrectomie n'est qu'un pis-aller que l'on ne devra employer que si le rein est physiologiquement et anatomiquement perdu et si aucune autre méthode n'a pu être appliquée.

IV. — La méthode de Delbet, les procédés analogues sont théoriquement des procédés de choix, mais souvent ils sont difficilement applicables surtout pour les kystes hydatiques du rein.

V. — La néphrotomie est une bonne opération facile et présentant de gros avantages au point de vue de la survie; son grand inconvénient réside dans la durée énorme des fistules urinaires consécutives.

VI. — Dans quelques cas d'intervention par la voie trans-péritonéale, on pourra se contenter, après la décortication du kyste, d'un tamponnement à la Mikulicz, pour se mettre à l'abri et de l'hémorrhagie venant de la plaie rénale et de l'écoulement intra-péritonéal de l'urine. Ce procédé permet d'éviter la néphrectomie et d'étendre ainsi les limites de la chirurgie conservatrice.

VU :

Le président de la thèse,
Maurice POLLOSSON.

VU :

Le doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 juillet 1901.

*Le recteur, président du Conseil
de l'Université,*
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- CHOPPART. — Traité des maladies des voies urinaires, 1821.
- RAYER. — Traité des maladies des reins.
- HUBERT BACKER. — On cystic entozoa in the human Kidney. London, 1856.
- LIVOIS. — Recherches sur les échinocoques chez l'homme et chez les animaux. Thèse, Paris 1843.
- DAVAINE. — Traité des entozoaires.
- BÉRAUD. — Les hydatides du rein. Thèse, Paris 1861.
- FINSEN. — Les échinocoques en Islande. *Arch. gén. de Méd.*, 1869.
- NEISSER. — Die Echinococcus Krankheit, 1877.
- SIMON. — Die Echinococcuscysten der Nieren. Stuttgart, 1827.
- BOISSARD. — Kyste hydatique du rein et du foie. *Prog. Méd.*, 1882.
- PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale, 1886.
- BRODEUR. — De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein. Thèse de Paris, 1886.
- BOUILLY. — *Gaz. des Hôp.*, 1886.
- J. BOECKEL. — Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1887.
- IMLACH. — A case of renal hydatid treated by abdominal section. *Brit. M. J. London*, 1887.
- LE DENTU. — Traité des affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules rénales. Paris 1889.
- POTEMSKI. — Nefretomia lombare per ciste des echinococco del rene sinistro guarigione. *Bull. d'Acad. med. di Roma*, 1892-1893.

- TANSINI. — Nefrectomia transperitoneale per cisti d'echinococco. *Clin. chir. Milano*, 1893.
- CHIBRET. — Kyste hydatique calcifié du rein droit. *Bull. Soc. Anat.*, 1891.
- HOUZEL. — Kyste hydatique du rein, pris pour une tumeur solide. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1892.
- POLLOSSON. — Traitement des kystes hydatiques du rein. *Lyon Méd.*, 1893.
- BERRUECCO (de Madrid), 1894. — Voir *Sem. Méd.*, 1894.
- BRAILLON. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein. Th. Paris, 1894.
- P. DELBET. — Traitement des kystes hydatiques de l'abdomen, 1896.
- POSNER. — *Soc. de Méd. Berlinoise*, 1898.
- BARADUC. — Traitement des kystes hydatiques de l'abdomen, Th. Paris, 1898.
- HOUZEL. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein. *Revue de Chir.*, 1898.
- POSADAS (de Buenos-Ayres), 1899. — *Sem. Méd.*, 1899.
- ROCHET. — Chirurgie du rein et de l'uretère. Paris, Steinheil, 1900.
- ALBARRAN. — Art. *Kyste hydatique du rein*, in *Traité de Le Dentu et Delbet*.
- Comptes-rendus de la Société de Chirurgie de Paris*, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901.
- VIANNAY. — *Compte-rendu de la Soc. des Sc. méd. de Lyon*. — *Lyon Méd.*, 1898 et *Presse Méd.*, 1898.

